



Hemşirelik Bilimi Dergisi

Journal of Nursing Science

<http://dergipark.gov.tr/hbd>

e-ISSN:2636-8439

Derleme

Bir Hasta Güvenliği Uygulaması ya da Bir Etik İkilem Kaynağı: Kimyasal Tespit A Patient Safety Practice or A Source of Ethical Dilemma: Chemical Restraint

Türkan KARACA ^{ID}*,^a, Emine Derya İSTER ^{ID}^b, Firdevs ERDEMİR ^{ID}^c

^a Doç. Dr. Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ADIYAMAN, TÜRKİYE

^b Dr. Öğr. Üyesi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, KAHRAMANMARAŞ, TÜRKİYE

^c Prof. Dr. Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, KKTC

ÖZET

Kimyasal tespit mental bir hastalığın semptomlarına yönelik herhangi bir tedavi almayan hastaların ilaçlarla hareket özgürlüğünün ve davranışlarının kontrol altına alınmasıdır. Hemşireler hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini önlemek amacıyla kimyasal tespit uygulama kararı veren ekip içinde yer alabilirler ve bu kararı uygulamak zorunda kalabilirler. Hemşirelerin kimyasal tespit amacıyla kullanılan ilaçları, bu ilaçların yan etkilerini, tespit uygulamasının komplikasyonlarını, yasal ve etik yönlerini, çalıştıkları kurumun tespit uygulama politikalarını ve tespit uygulanan hastanın bakımını bilmeleri etkin ve kaliteli hasta bakımı vermeleri açısından önemlidir. Bu makalede tespit türleri ve kimyasal tespit, tespit kullanım sıklığı, tespit uygulamasının yasal ve etik yönleri ele alınmakta, kimyasal tespit uygulanan hastanın hemşirelik bakımı konuları tartışılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fiziksel Tespit, Hemşirelik Uygulamaları, Kimyasal Tespit

ABSTRACT

Chemical restraint is bringing freedom of action and behaviours under control with medicine in patients who do not receive any treatments for the symptoms of a mental disease. Nurses can take part in the team that makes chemical restraint decision in order to prevent patients from giving harm to themselves and their environment, and they may have to apply this decision. In order for nurses to provide an effective and qualified patient care, it is important to have information about medicine used for chemical restraint, their adverse effects, complications of restraint applications, legal and ethical aspects, restraint policies of the institutions they work, and care for the patients who are administered chemical restraint. This article examines restraint types and chemical restraint, frequency of restraint use, legal and ethical aspects of restraint application, and nursing care issues of the patients who are administered chemical restraint.

Key words: Chemical Restraint, Nursing Practice, Physical Restraint

*Sorumlu Yazar: Türkan KARACA

Adres: Adıyaman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, ADIYAMAN, TÜRKİYE

e-posta: turkan_20051@hotmail.com

Geliş tarihi:27.11.2020

Kabul tarihi:06.01.2021

GİRİŞ

Hemşireler hastalara bakım ve tedavi uygularken hastaların kendilerine ve başkalarına zarar vermesini önlemelidir (Blejlevens, Wagner, Capezuti, & Hamers, 2012). Hemşireler hekim kararı doğrultusunda hastaları ve diğerlerini korumak amacıyla tespit uygulamak zorunda kalabilirler. Tespit uygulaması, bireyin hareketlerini kısıtlamaya yönelik araçların ya da ilaçların kullanılması olarak tanımlanabilir (Farina-Lopez ve ark., 2014). Daha kapsamlı tanımıyla, tespit uygulaması bireyin kendisine ya da başkalarına zarar vermesini engellemek amacıyla, fiziksel olarak kontrolü için vücudun bir bölümünün hareketlerini kısıtlamaya yarayan fiziksel, mekanik araçların ya da kimyasal ajanların kullanılmasıdır (Allen, Lowe, Brophy ve Moore, 2009; Flammer ve Steinert 2015).

Tespit uygulamaları kişilerin hareketlerine engel olması nedeniyle bir taraftan hastanın özgürlüğünü kısıtlayan, diğer taraftan bireyin kendisine ve başkalarına zarar vermesini önlemek için kaçınılmaz olarak başvuru olan bir işlemdir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde tedavi ve bakım verilen hastaların çoğunda yatışa neden olan hastalıklara ek olarak farklı davranış değişiklikleri meydana gelmektedir. Bu hastalar bakım ve tedavi süreçlerine uyum göstermekte zorlanmakta ve kendilerine zarar verme eğiliminde olabilmektedir (Blejlevens ve ark. 2016). Yapılan bir çalışmada yoğun bakımda yatan hastaların çoğunun (%80) farklı derecelerde bilişsel ve davranışsal değişiklikler yaşadıkları ve endotrakeal/trakeostomi tüplerini ya da yara pansumanlarını yerinden çıkararak kendilerine zarar verdikleri saptanmıştır (Chang, Wang ve Chao, 2008). Bu durumlarda hareketlerinin kısıtlanması ve tespit uygulamaları bakımın bir parçası haline gelebilmektedir. Hasta güvenliğinden ve hastalara kaliteli bakım sağlanmasından birinci derecede sorumlu olan hemşirelerin tespit uygulamalarını ve türlerini, uygulama alanlarını, bu uygulamanın yasal ve etik kapsamını bilmesi ve bu konuda farkındalık oluşturmaları önemlidir.

Tespit Türleri ve Kullanım Sıklıkları

Hasta tespiti fiziksel ve kimyasal tespit olarak iki şekilde uygulanmaktadır. Fiziksel tespit; fiziksel veya mekanik araç-gereçlerin hastanın bedenine bağlanarak veya sağlık personeli tarafından hastaya kısa süreli fiziksel güç uygulanarak hasta hareketlerinin kısıtlanması ve kolaylıkla hareket etmesinin önlenmesi olarak tanımlanmaktadır (Cusack ve ark., 2016; Duxbury, 2015; McKeown ve ark., 2015). Kimyasal tespit ise, mental bir hastalığın semptomlarına yönelik herhangi bir tedavi almayan hastaların ilaçlarla hareket özgürlüğünün ve davranışlarının kontrol altına alınmasıdır (Nadkarni ve ark., 2015). Kimyasal tespit amacıyla kullanılan ilaçların geniş bir yelpazede yer aldığı, bu kapsamda birçok psikotrop ilacın kimyasal tespit ajanı olarak kullanıldığı belirtilmektedir. Bu ilaçlar tablo 1'de verilmiştir (Dökmeci, 2015; Serrano ve ark., 2018; Goulet ve ark., 2017).

Tablo 1. Kimyasal Tespit Amacıyla Kullanılan Psikotrop İlaçlar

İlaçlar	Yan Etkileri
Antidepresan ilaçlar	<ul style="list-style-type: none"> İntihar eğilimi Uyuşukluk bu iki örneklerdeki gibi diğerlerinde de ilk harfler büyük olmalı Yorgunluk Mizaç değişikliği Ellerde titreme Ortostatik hipotansiyon Öfori Konvülsiyon Sarılık Fotosensivite Bulanık görme
Anksiyolitik ilaçlar	<ul style="list-style-type: none"> Uyuşukluk Davranış bozuklukları Bağımlılık Kesilme sendromu Anterograd amnezi Kas ağrısı
Sedatif-hipnotik ilaçlar	<ul style="list-style-type: none"> Uyuşukluk Konfüzyon Amnezi Letarji Motor koordinasyonda bozulma Kognitif bozulma Palpitasyon Taşikardi Hipotansiyon
Antipsikotik ilaçlar	<ul style="list-style-type: none"> Ekstrapiramidal reaksiyonlar Nöbetler Ortostatik hipotansiyon Kilo alma İnfertilite Libido kaybı Fotosensivite Amonore Jinekoma Bulanık görme
Duygu durum ilaçları	<ul style="list-style-type: none"> Baş ağrısı Uyuşukluk Ağz kuruluğu Susama Hazımsızlık Bulanti İştahsızlık Polidipsi Polifaji Poliüri Yorgunluk Sedasyon Dermatolojik reaksiyonlar Baş dönmesi El tremoru Hipotansiyon

Literatür incelendiğinde tespit uygulamalarının yararlılığını ve etkililiğini gösteren çok az çalışma bulunmaktadır. Tespit kullanımının sıklığı ve kullanılan tespit türü çalışmaların yapıldığı ülkelere göre değişiklik göstermektedir (Stinson, 2016). Tespit uygulama sıklığının araştırıldığı çalışmalarda tespit kullanım sıklığının %2-7.5 arasında olduğu bildirilmektedir (Raguan, Wolfowitz, ve Gil, 2015; Flammer ve Steinert, 2015). Yapılan tanımlayıcı bir çalışmada İngiltere'de kimyasal tespit uygulamasının Avrupa'nın çoğu ülkesine ve Amerika'ya göre fiziksel tespit uygulamasından daha sık kullanıldığı saptanmıştır (Van Norman ve Palmer, 2001). Irving ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında Avustralya'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde tespit kullanım sıklığının % 9.4 olduğu, hastanın yatağına tespit edilmesinin %62 ile en sık kullanılan yöntem olduğu, bunu kimyasal kısıtlama (%17), tespit yeleği kullanmanın (%3.9) izlediği belirlenmiştir. Aynı çalışmada hastaların %25'ine birden fazla tespit yönteminin uygulandığı ve yaş arttıkça tespit kullanım sıklığının arttığı, 85 yaş üzerindeki bireylerde tespit kullanım sıklığının %31, 75-85 yaş aralığında ise %14.1 olduğu belirtilmiştir (Irving ve ark., 2004). Başka bir çalışmada psikiyatri servisinin dışındaki servislere yatan 71.000 hastada kimyasal tespit amacıyla birçok psikotrop ilaç kullanıldığı saptanmış, kullanılan ilaç miktarının en az Alzheimer hastalarının yattıkları servisteki hastalarda kullanılan ilaç miktarı kadar olduğu belirtilmiştir

(Wilson ve ark, 2018). Yunanistan'da yapılan bir çalışmada (2011) iki yıl içinde uygulanan kimyasal tespitlerin retrospektif olarak incelenmesi sonucunda 82 enjeksiyonun kimyasal tespiti sağlamak gerekçesiyle uygulandığı belirlenmiştir. Bu enjeksiyonlardan 22 tanesinde benzodiazepin veya levomepromazine (antipsikotik etkileri zayıf olan bir sedatif ajan) ve 60 tanesinde haloperidol uygulandığı saptanmıştır (Bilanakis, Papamichael, ve Peritogiannis, 2011).

Ülkemizde tespit uygulamaları ile ilgili sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Fiziksel tespit ile ilgili olarak hemşirelerin bilgi, tutum ve uygulamalarını belirlemeye yönelik yapılan çalışmalarda hemşireler hastaların kateter, dren ve vücutlarına bağlı tıbbi cihazların çıkarmasını önlemek amacıyla tespit uyguladıklarını, hastaları genellikle el ve ayak bileklerinden yatağa bağladıklarını belirtmişlerdir (Karaca ve ark, 2018; Köse ve ark, 2020; Gül ve Kavak, 2019; Karaca ve Özkan, 2018).

Kimyasal Tespit Uygulamasının Komplikasyonları

Tespitlerin araç-gereç ve ilaçlardan kaynaklanan ve ölümü de kapsayan birçok komplikasyonu vardır (Huang, Huang, Lin, & Kuo, 2014; Meyer, Köpke, Haastert, ve Mühlhauser, 2009; Kısacık ve Coşgun, 2019). Kimyasal ve fiziksel tespitlerin kullanımı konfüzyon, düşme, basınç yaraları ve hastanede kalış süresinin uzaması gibi durumlara neden olduğu bilinmektedir (Huf ve ark., 2016; Jayakody ve ark., 2012; Powney ve ark., 2012). Yapılan bir meta-analizde demanslı hastaların davranışlarını kısıtlamaya yönelik atipik antipsikotik ilaç kullanımının bu hastalarda ölüm riskini 1.6 dan 1.7 ye yükselttiği saptanmıştır (Friedman, 2006). Avustralya'da 116 acil serviste yapılan bir çalışmanın (2001) sonuçlarına göre, acil servislere tespit kullanım sıklığı 1000 başvuruda 3.3 olup, en sık uygulanma endikasyonları şiddet veya şiddet tehdidi (% 52) ve psikoz (% 32) dur. Kimyasal tespit, çalışma kapsamında yer alan tüm acil birimler tarafından kullanılmış olup, en sık kullanılan kimyasallar haloperidol (93%), midazolam (82%) and diazepam (59%) dir (Cannon, Sprivulis ve McCarthy, 2001). Bazı çalışmalar ise konvensiyonel antipsikotik ilaçların benzer oranda ölüme neden olduklarını ortaya koymuştur (Muir-Cochrane ve ark., 2020). 19 klinik çalışmanın değerlendirildiği bir derlemede psikotrop ilaçların uzun süre kullanımında ciddi yan etkiler görüldüğü (hareket bozuklukları, düşme riskinde artma, hafıza bozuklukları v.b.) saptanmıştır (Muir-Cochrane ve ark., 2019). Birden fazla ilacı bir arada kullanan hastalarda konuşma güçlükleri ve düşünme süreçlerinde bozulma gibi etkilerinin olduğu görülmüştür (Flammer ve Steinert 2015; Escandari ve ark, 2017). Tablo 2'de kimyasal tespit uygulamasının yan etkileri ve tanımı ve hemşirelik bakımına ilişkin öneriler verilmiştir (Muir-Cochrane ve ark., 2020, Escandari ve ark, 2017). Kimyasal tespit için kullanılan ilaçların uzun süreli kullanımında yan etkilerinin kapsamlı bir şekilde takip edilmesi önemlidir. Ayrıca bu ilaçların varsa hastanın kullandığı diğer ilaçlarla beraber kullanımın olası yan

etkilere neden olabileceği unutulmamalıdır (Tingleff ve ark., 2017; Weiland ve ark., 2017).

Tablo 2. Kimyasal tespit uygulamasının yan etkileri

Yan Etki	Tanım ve Hemşirelik Bakımına İlişkin İpuçları/ Öneriler
Ajitasyon	Sedatif ve hipnotik ilaçlar hastada ajitasyona, uyku bozukluklarına, halüsinasyona ve şiddetle daha eğilimli hale gelmesine neden olabilmektedir. İpuçları/ Bakım Önerileri <ul style="list-style-type: none"> Ajite hastanın duygularını hasta ile tartışmaya çalışmayınız. Ajite hastanın özellikle kızgınlık hissine ilişkin konuşmak, hastanın ajitasyon seviyesini arttırabilir. Hastayı sağlık bakımı alma konusunda cesaretlendiriniz. Hastanın duygularını ifade edebileceği ve fiziksel enerjisini harcayabileceği alternatif seçenekleri hasta ile tartışınız.
Fonksiyonel örüntülerde bozulma	Psikotrop ilaçlar hastanın yemek yeme, yürüme, giyinme gibi fonksiyonel yaşam örüntülerinde bozulmaya neden olabilmektedir. İpuçları/ Bakım Önerileri <ul style="list-style-type: none"> Fonksiyonel örüntülerde bozulmaya neden olabilecek risk faktörlerini değerlendiriniz. (Hospitalizasyon öncesi fonksiyonel kapasite, komorbidite, beş ve üzeri ilaç kullanımı gibi) Hastanın fiziksel aktivite düzeyini değerlendiriniz. Hastaya günlük fiziksel aktivite planı hazırlayınız.
Düşme riskinde artma	Bu ilaçlar hastaların postüral kontrolünde, serebral perfüzyonunda ve bilişsel fonksiyonlarını dengeleme uğratarak hastanın düşme riskini artırır. İpuçları/ Bakım Önerileri <ul style="list-style-type: none"> Hastanın çevresine oryantasyonunu sağlayınız. Hastanın düşme risk düzeyini değerlendiriniz. Çağrı cihazlarını hastanın ulaşabileceği şekilde yerleştiriniz ve hastaya kullanımını öğretiniz. Hastayı yarımsız yatağından kalkmaması konusunda bilgilendiriniz. Bakım uygulamalarında yükseltelen yatak seviyesini indirmeyi unutmayınız, hasta yatağının yükseklik seviyesinin en düşük düzeyde olmasını sağlayınız. Konfüze ve bilişsel bozukluğu olan hastalarda daha dikkatli olunuz.
Hafıza bozukluğu	Psikotrop ilaçlar hastanın Konfüzyon ve oryantasyon bozukluklarına neden olmaktadır. İpuçları/ Bakım Önerileri <ul style="list-style-type: none"> Hastayı takvim ve not defteri kullanımı konusunda cesaretlendiriniz Hastayı sık aralıklarla, özellikle gece kontrol ediniz. Hastanın odasının veya yatağının hemşire odası/deskine/gözlem noktasına yakın olmasını sağlayınız. Hastanın konfüzyon ve disoryantasyon durumunu sık aralıklarla değerlendiriniz. Çevrenin yeterli ve uygun düzeyde aydınlatılmasını sağlayınız.
Hareket bozuklukları	Bazı psikotrop ilaçlar kas hacminin azaltarak vücut hareketlerinin kısıtlanmasına; göz, boyun ve sırt kaslarında kasılmalara; sertlik, rijidite, tremor (Parkinson belirtisine benzer); yavaş, ritmik, gönülsüz, tekrarlı ve amaçsız hareketlere (göz, yüz, ağız ve dudaklarda) neden olmaktadır. İpuçları/ Bakım Önerileri <ul style="list-style-type: none"> Kas gerginliğini (rijidite) değerlendiriniz. Kas gerginliği tek veya çift taraflı olabilir. Tremorun derecesini değerlendiriniz. Bradikinezi (hareketlerin yavaşlaması) açısından değerlendiriniz. Hastayı günlük olarak ROM egzersizi yapması için cesaretlendiriniz. Düzenli aktivite ve ambulasyonu güçlendiriniz
Sedasyon	Yaşlı hastalar konfüzyon ve sedasyon gibi psikotrop ilaçların yan etkilerinden daha fazla etkilenmektedirler. İpuçları/ Bakım Önerileri <ul style="list-style-type: none"> Hastanın güvenliğini sağlayınız. Sedasyona neden olan ilacı mümkünse uyku öncesi veriniz. Sedasyona neden olan ilacın dozunu düzenlenmesi için hekimle görüşünüz.
Ortostatik / postural hipotansiyon	Antikolinerjik özellikle ilaçlar hastada ayağa kalktığı zaman kan basında düşmeye neden olabilmektedir. Bu durum baş dönmesine, bayılmalara, düşmelere hatta kalp krizi veya felce neden olabilmektedir. İpuçları/ Bakım Önerileri <ul style="list-style-type: none"> Hastanın kan basıncını yatarken ve otururken değerlendiriniz. Kan basıncındaki değişiklikleri takip ediniz. Sıcak su ile duş alma gibi kan basıncını düşürecek aktiviteler konusunda hasta öğretimi yapınız.
Kesilme Sendromu	Özellikle yaşlı bireylerde kullanılan her ilaç problemlerin büyümesine neden olabilmektedirler. Birçok hasta fizyolojik ve psikolojik geri çekilme semptomları gösterebilir. İpuçları/ Bakım Önerileri <ul style="list-style-type: none"> İlaçların bireysel yan etkilerini dikkatlice izleyiniz ve kayıt altına alınız. Kesilme sendromunun belirtileri açısından hastayı değerlendiriniz. Kesilme sendromu belirtileri: Huzursuzluk, anksiyete, iritabilite, hiperaktivite (kan basıncı, ateş, nabız, solunum sayısında artma), ellerde titreme, bulantı, kusma, psikomotor ajitasyon. Deliryum ve ateş nadir olarak görülebilir. Ortaya çıkan belirtileri kontrol altına alınız. Hastanın hidrasyonunu, beslenmesini, eleminasyonunu ve dinlenmesini sağlayınız. Bakımın odak noktasını hasta güvenliği olduğumu unutmayınız. Hastanın durumunu interdisipliner ekip ile görüşünüz ve bakımını planlayınız.

Kimyasal Tespit Kullanmanın Etik ve Yasal Yönleri

Tespit uygulamaları bireyin kendisi ile ilgili karar vermesini ve özgürlüğünü kısıtlaması gerekçesiyle etik ikilem yaratan önemli durumlardan biridir. Yapılan çalışmalarda hemşirelerin hastaları tespit uygulama kararı ile yüz yüze geldiğinde etik ilkelerden otonomi, zarar vermeme ve yarar sağlama etik ilkeleri ile ilgili ikilemler yaşandığını ortaya koymuştur (Eşer ve Hakverdioğlu, 2006; Karaca ve Özkan, 2018). Hemşireler hastanın kendisine zarar vermemesi için otonomisini kısıtladıklarını ve bu durumun farkında olduklarını belirtmişlerdir (Karaca ve Özkan, 2018). Etik ilkelerden ilki, zarar vermeme ilkesi olup, bu ilke zarar vermektan kaçınma yükümlülüğünü belirtmektedir. İkinci etik ilke ise, yararlılık ilkesidir ve risklere karşı yararları belirlemeyi tanımlamaktadır (Eşer ve Hakverdioğlu, 2006). Bu ilkeler doğrultusunda tespit kullanımının gerekliliği ve beklenen yararı ile riskleri ve olası komplikasyonları iyi değerlendirilmeli ve bireysel bakım verilmelidir (Özdelikara ve Kaya, 2018).

Tespitlerin uygulanması konusunda Amerika Birleşik Devletleri'ndeki yasal düzenlemelere göre, kimyasal tespit sadece hastanın kendisinin ve başkasının fiziksel güvenliğini sağlamak amacıyla kullanılabilir. Türkiye'de tespitlerin uygulanması konusunda yasal düzenlemeler oldukça kısıtlıdır. Hemşirelik kanununun dördüncü maddesi ilaç uygulamaları ile ilgili olarak hemşirenin görev tanımını içermektedir. İlgili maddede 'Hemşireler; tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamakla görevli ve yetkili sağlık personeldir' ibaresi hemşirelerin, kimyasal tespit uygulaması için herhangi bir istem durumunda ilacı uygulaması gerektiğini belirtmektedir (Hemşirelik Kanunu, 2007). Bununla beraber hemşirelik yönetmeliğinin altıncı maddesine göre hemşireler bilgi ve becerilerini kullanarak uyguladığı tespitin etkilerini/yan etkilerini takip edebilmeli ve kimyasal tespit uygulamasının hastaya zarar verebileceğini düşündüğü durumlarda uygulamaya itiraz edebilmelidir (Hemşirelik Yönetmeliği, 2011). Acil durumlarda ise sözel istem ile kimyasal tespit uygulanabilmekle beraber, en kısa zamanda istem yazılı hale getirilmelidir (Karaca ve Özkan, 2018). Kimyasal tespit kullanılması karar verilirken disiplinler arası (hekim, hemşire, eczacı, uğraş terapisti, sosyal hizmet uzmanı) bir değerlendirme gerekmektedir. Kimyasal tespit için ilaç verilmeden önce hastaya ve yakınlarına hastanın durumu, koşulları, ilaçların yan etkileri gibi konularda bilgi verilmesi ve aydınlatılmış onam alınması zorunludur. Ayrıca kimyasal tespit uygulaması için diğer tüm ilaç istemlerinde olduğu gibi mutlaka hekim istemi yazılmalıdır (Hemşirelik Yönetmeliği, 2010). Bu yasal düzenlemelerle beraber, yapılan çalışmalarda birimlerin çoğunda tespit konusunda uygulanacak prosedürleri içeren yazılı rehberlerin bulunmadığı saptanmıştır (Karaca ve Özkan, 2018; Kılıç ve ark, 2018).

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations 2019 yılında akreditasyon için yaptığı güncellemede kimyasal tespit uygulaması için yol gösterici

olarak bazı standartları belirlemiştir. Bu standartlar (The Joint Commission, 2019);

- Kimyasal tespit uygulandıktan sonra ilk bir saat içinde hasta hekim, sorumlu hemşire ya da bu konuda bilgili bir sağlık personeli tarafından yüz yüze (görüşme ve muayene ile) olarak değerlendirilmelidir.

- Kimyasal tespit uygulaması hastanın bireyselleştirilmiş bakım planı içinde mutlaka yazılı olarak belirtilmelidir.

- Kimyasal tespit hastayı sakinleştirmek için diğer yöntemler işe yaramadığı zaman kullanılmalıdır.

- Kimyasal tespit amacıyla kullanılacak ilaçların yan etkisi en az olanları tercih edilmelidir.

- Kimyasal tespit için yetişkinlerde 4 saat arayla yeniden değerlendirilme yapıldıktan sonra uygulanmalıdır.

- Hastanın davranışlarının değişmesine neden olan çevresel veya hastayla ilgili faktörler değerlendirilmelidir.

Kimyasal Tespit Uygulanan Hastaların Hemşirelik Bakımı

Hastaların kendilerine ve başkalarına zarar verdiği durumlarda hareketlerinin kısıtlanması ve tespit uygulamaları bakımın bir parçası haline gelebilmektedir. Öncelikle tespit uygulamalarının endikasyonu ve komplikasyonları iyi düşünülmelidir. Kimyasal tespit kullanımı düşünülen durumlarda psikotrop ilaç kullanımının yarattığı riskler ve eğer kullanılmaz ise hastanın yapay solunumunu, parenteral beslenmesini ya da sıvı/ilaç tedavisini engelleme gibi kendisine zarar verme olasılığı bireyselleştirilmiş olarak değerlendirilmelidir. Acil durumlarda hastanın bu davranışına neden olabilecek çevresel tetikleyici faktörler (ısı, ışık, gürültü vb.) ve hasta ile ilgili faktörler (ağrı, konstipasyon, diyare, çarpıntı) iyi değerlendirilmeli, uygun önlemler alınarak gereksiz tespit uygulamasından kaçınılmalıdır (Raguan, Wolfvitz ve Gil, 2015). Rutin bakım süreçlerin kimyasal tespit uygulamalarının en az kullanılması gereken durumlardır. Örneğin sürekli pansumanını çıkaran bir hastada kimyasal tespit uygulamasından kaçınılmalı ve durum alternatif yöntemlerle yönetilmelidir (Suliman, 2018; Suliman ve ark, 2017).

Tespitin kullanımına karar verilen durumlarda, kullanma gerekçeleri açığa kavuşturulmalı, uygulama süresi sınırlandırılmalı ve her hasta için uygulama gerekçesi, etkililik ve yan etkiler belgelenmelidir. Tespit uygulamadan önce birey ya da ajite, agresif ya da demanslı hastaların yakınları bilgilendirilerek onay alınmalıdır (Feyan ve ark, 2019).

Hemşirelik girişimleri sınıflamasında kimyasal tespit, bireyin ekstremitte hareketlerini kontrol edebilmek için kullanılan psikotropik maddelerin uygulanması, izlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Hemşirelik girişimleri sınıflama sisteminde kimyasal tespit " karmaşık fizyolojik uygulamalar" grubunda, ilaç yönetimi ve risk yönetimi ile ilgili olarak

gruplanan bir girişim olarak yer almaktadır. Kimyasal tespit girişimi ile ilgili yaklaşık 20 hemşirelik bakım aktivitesi bulunmaktadır (Wagner, Bulechek, Butcher, Dochterman, 2017). Kimyasal tespit uygulanan hastanın hemşirelik bakımında şu noktalar göz önünde bulundurulmalıdır;

-Hemşire hastanın davranışlarını gözlemlemeli ve anlamlandırmalıdır. Kapsamlı bir hemşirelik değerlendirmesi ile kısıtlama uygulamasını gerektiren ve yönetilmesi güç hasta davranışlarının oluşmasına neden olan faktörler tanımlanmalıdır. Hemşirelik değerlendirmesi çok boyutlu olmalı, kimyasal kısıtlama uygulanmadan önce bireysel faktörler (örneğin; hastanın sağlık durumu, gücü ve kullandığı ilaçlar) ve gürültü gibi çevresel faktörler değerlendirilmelidir.

-Hastanın artmış güvenlik gereksinimlerini karşılayacak, hasta merkezli ve bireyselleştirilmiş bir bakım planı geliştirilmelidir.

-Hemşire bakım planının işleyişini ve hasta sonuçlarını sürekli değerlendirmeli ve planlanan bakım etkin olmadığında gerekli değişiklikleri yapmalıdır.

-Hasta tespitinin gerekli olduğu durumlarda, hastayı en az düzeyde kısıtlayacak uygulamayı seçmeye yönelik karar verilmelidir. Hemşire, hekim ile iş birliği içinde tespit seçeneklerini ve her bir seçeneğin risklerini hasta veya ailesi/vekili ile tartışmalı ve karar sürecine hasta veya ailesini/vekilini katmalıdır.

-Hemşire kurumda kullanılan tespit seçenekleri ve kullanımına ilişkin kurum politikaları konusunda bilgili olmalıdır. Uygulanan tespit yönteminin düzenli olarak değerlendirilmesi en önemli hemşirelik girişimlerindedir (College of Nurses of Ontario, 2020).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Tespit uygulaması hasta yararına yapılan bir işlem olmasına rağmen, bu işlemin hastanın özgürlüğünü kısıtladığı ve ölüme kadar varabilen komplikasyonlarının olduğu unutulmamalıdır. Tespit uygulamaya karar verirken işlemin beklenen yararı ile riskleri ve olası yan etkileri iyi tartılmalıdır. Tespit uygulanan hastaya bireyselleştirilmiş bakımın planlanması, bu süreçte hasta ve ailesinin en üst düzeyde katılımının sağlanması uygulamanın güvenliği açısından önemlidir. Ülkemizde özellikle kimyasal tespit uygulamalarına ilişkin çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Hemşirelere karar vermede rehberlik edecek ve bilgi yüklerini artıracak çalışmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aguilera-Serrano, C., Guzman-Parra, J., Garcia-Sanchez, J. A., Moreno-Kustner, B. & Mayoral-Cleries, F. (2018). Variables associated with the subjective experience of coercive measures in psychiatric inpatients: A systematic review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 63, 129– 144.

2. Allen D., Lowe K., Brophy S. & Moore K. (2009). Predictors of restrictive reactive strategy use in people with challenging behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 22, 159–168.
3. Bilanakis, N., Papamichael, G., & Peritogiannis, V. (2011). Chemical restraint in routine clinical practice: a report from a general hospital psychiatric ward in Greece. *Annals of General Psychiatry*, 10(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1744-859x-10-4>
4. Bleijlevens MH, Wagner LM, Capezuti E, Hamers JP. (2016). Physical restraints: consensus of a research definition using a modified Delphi technique. *Journal of the American Geriatrics Society*; 64: 2307– 2310.
5. Bleijlevens, M. H., Wagner, L. M., Capezuti, E., & Hamers, J. (2012). A Delphi consensus study to determine an internationally accepted definition on physical restraints. *The Gerontologist*, 52(1), 136.
6. Cannon, M. E., Sprivilis, P., & McCarthy, J. (2001). Restraint practices in Australasian emergency departments. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(4), 464–7. <http://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00925.x>
7. Chang, L.-Y., Wang, K.-W. K., & Chao, Y.-F. (2008). Influence of Physical Restraint On Unplanned Extubation Of Adult Intensive Care Patients: A case-control study. *American Journal of Critical Care*, 17(5), 408–415. <https://doi.org/10.4037/ajcc2008.17.5.408>
8. College of Nurses of Ontario (CNO). (2020). College of nurses of ontario practice standard: therapeutic nurse-client relationship, revised 2020, Erişim tarihi:26.11.2020, https://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41033_therapeutic.pdf
9. Cusack, P., McAndrew, S., Cusack, F. & Warne, T. (2016). Restraining good practice: reviewing evidence of the effects of restraint from the perspective of service users and mental health professionals in the United Kingdom (UK). *International Journal of Law and Psychiatry*, 46, 20– 26.
10. Dökmeci, İ. (2015). Sağlık Yüksekokulları için farmakoloji. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri
11. Duxbury, J. (2002). An evaluation of staff and patient views of and strategies employed to manage inpatient aggression and violence on one mental health unit: a pluralistic design. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 325– 337.
12. Eskandari, F., Abdullah, K. L., Zainal, N. Z., & Wong, L. P. (2017). Use of physical restraint: Nurses' knowledge, attitude, intention and practice and influencing factors. *Journal of clinical nursing*, 26(23-24), 4479-4488.
13. Eşer, İ., & Hakverdioğlu, G. (2006). Fiziksel tespit uygulamaya karar verme. *Cumhuriyet Nursing Journal*, 10(1), 37-42.
14. Farina-Lopez, E., Estevez-Cuerra, G. J., Gandoy-Crego, M., Polo-Luque, L. M., Gomez-Cantorna, C., & Capezuti, E.

- A. (2014). Perception of Spanish nursing staff on the use of physical restraints. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(5), 322– 330.
15. Flammer, E. & Steinert, T. (2015). Involuntary medication, seclusion, and restraint in German psychiatric hospitals after the adoption of legislation in 2013. *Frontiers in Psychiatry*, 1, 153– 157.
16. Goulet, M.-H., Larue, C. & Dumais, A. (2017). Evaluation of seclusion and restraint reduction programs in mental health: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 139– 146.
17. Gül, Ü., & Kavak, F. (2019). Identification of nurses' knowledge, attitudes and practices regarding the use of physical restraint. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4).
18. Gürlek K, Ö., & Çoşğun, T. (2019). Yoğun bakım hastalarında kısıtlama uygulamalarının ve nörovasküler etkilerinin incelenmesi. *Turkish Journal of Medical & Surgical Intensive Care Medicine/Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi*, 10(2).
19. Hu, F., Muir-Cochrane, E., Oster, C., & Gerace, A. (2019). An examination of the incidence and nature of chemical restraint on adult acute psychiatric inpatient units in Adelaide, South Australia. *International journal of mental health nursing*, 28(4), 909-921.
20. Huang, H. C., Huang, Y. T., Lin, K. C., & Kuo, Y. F. (2014). Risk factors associated with physical restraints in residential aged care facilities: A community-based epidemiological survey in Taiwan. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 130– 143.
21. Huf, G., Alexander, J., Gandhi, P. & Allen, M. H. (2016). Haloperidol plus promethazine for psychosis-induced aggression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD005146.
22. Irving, K. (2004). Inappropriate restraint practices in Australian teaching hospitals. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 21(4), 23–27.
23. Jayakody, K., Gibson, R. C., Kumar, A. & Gunadasa, S. (2012). Zuclopenthixol acetate for acute schizophrenia and similar serious mental illnesses. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4), CD000525.
24. Karaca, T., & Özkan, S. A. (2018). sorumlu hemşirelerin tespit uygulamalarına yönelik bilgilerinin kalitatif araştırma yöntemiyle incelenmesi. *Journal of Health and Nursing Management*, 5(3), 172-178.
25. Karaca, T., Özkan, S. A., İster, E.D. (2018). Physical restraint use in elderly patients: perceptions of nurses in university hospitals. *Turkish Journal of Geriatrics*, 21(4).
26. Kılıç, G., Kutlutürkan, S., Çevik, B., & Erdoğan, B. (2018). Yoğun bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin fiziksel tespit uygulamasına yönelik görüşlerinin değerlendirilmesi. *Van Tıp Dergisi*, 25(1), 11-16.
27. Köse, G., Taştan, S., Çatalbaş, A., Akkaya, H., Seyfi, M., & Avşar, Ö. (2020). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin fiziksel kısıtlama kullanımına ilişkin bilgi, tutum ve uygulamalarının belirlenmesi. *Kocaeli Tıp Dergisi*, 9(2), 39-48.
28. McKeown, M. & Foley, P. (2015). Reducing physical restraint: an employment relations perspective. *Journal of Mental Health Nursing*, 35 (1), 12– 15.
29. Meyer, G., Köpke, S., Haastert, B., & Mühlhauser, I. (2009). Restraint use among nursing home residents: Cross-sectional study and prospective cohort study. *Journal of Clinical Nursing*, 18(7), 981– 990.
30. Muir-Cochrane, E., Oster, C., Gerace, A., Dawson, S., Damarell, R., & Grimmer, K. (2020). The effectiveness of chemical restraint in managing acute agitation and aggression: A systematic review of randomized controlled trials. *International journal of mental health nursing*, 29(2), 110-126.
31. Nadkarni, P., Jayaram, M., Nadkarni, S., Rattehalli, R. & Adams, C. E. (2015). Rapid tranquillisation: A global perspective. *BJPsych International*, 12, 100– 102.
32. Özdelikara, A., & Kaya, E. (2018). Kısıtlama altındaki hastanın bakımında bir yol haritası. *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 22(1), 37-43.
33. Powney, M. J., Adams, C. E. & Jones, H. (2012). Haloperidol for psychosis-induced aggression or agitation (rapid tranquilisation). *Cochrane Databases of Systematic Reviews*, (11), CD009377.
34. Ragan, B., Wolfowitz, E., & Gil, E. (2015). Use of physical restraints in general hospitals: A cross-sectional observational study. *The Israel Medical Association Journal*, 17, 633– 638.
35. Resmi Gazete, 2007. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>.
36. Resmi Gazete, 2011. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm>
37. Stinson KJ. (2016). Nurses' attitudes, clinical experience, and practice issues with use of physical restraints in critical care units. *American Journal of Critical Care*; 25: 21– 26.
38. Suliman, M. (2018). Prevalence of physical restraint among ventilated intensive care unit patients. *Journal of Clinical Nursing*, 27(19-20), 3490-3496.
39. Suliman, M., Aloush, S., & Al-Awamreh, K. (2017). Knowledge, attitude and practice of intensive care unit nurses about physical restraint. *Nursing in critical care*, 22(5), 264-269.
40. The Joint Commission issues revised 2019 accreditation requirements. (2019). *Hospital peer review*, 34(5), 49–52.

41. Tingleff, E. B., Bradley, S. K., Gildberg, F. A., Munksgaard, G. & Hounsgaard, L. (2017). "Treat me with respect". A systematic review and thematic analysis of psychiatric patients' reported perceptions of the situations associated with the process of coercion. *Journal Psychiatry and Mental Health*, 24, 681-698.
42. Van Norman, G. A., & Palmer, S. K. (2001). The Ethical Boundaries of Persuasion: Coercion and Restraint of Patients in Clinical Anesthesia Practice. *International Anesthesiology Clinics*, 39(3), 131-143. <https://doi.org/10.1097/00004311-200107000-00011>
43. Wagner C., Bulechek H.K., Butcher H.K., Dochterman J.M. (2017). Hemşirelik girişimleri sınıflaması (NIC). (F. Erdemir, S. Kav, AA. Yılmaz) Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.
44. Weiland, T. J., Ivory, S. & Hutton, J. (2017). Managing acute behavioural disturbances in the emergency department using the environment, policies and practice: A systematic review. *Western Journal of Emergency Medicine*, 18 (4), 647- 661.
45. Wilson, C., Rouse, L., Rae, S., & Kar Ray, M. (2018). Mental health inpatients' and staff members' suggestions for reducing physical restraint: A qualitative study. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 25(3), 188-200.